

Evaluationsbogen

A Angaben zur Person

Name, Vorname, Titel: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ/ Ort: _____

Jahr meiner Approbation: _____

Ich befinde mich in der Weiterbildung zum: _____

Ich habe eine abgeschlossene Weiterbildung in (bitte Fach eintragen): _____

Ich bin tätig als: Assistenzarzt Oberarzt Chefarzt niedergelassener Arzt Sonstiges

B Lernerfolgskontrolle (Eine Antwort pro Frage ankreuzen)

- | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 7 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 2 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 8 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 3 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 9 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 4 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 10 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 5 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 11 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 6 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 12 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |

C Erklärung

Ich versichere, dass ich die Beantwortung der Fragen selbst und ohne fremde Hilfe durchgeführt habe

Ort/Datum:

Unterschrift

Praxisstempel

D Anerkennung (wird durch die KVN ausgefüllt)

Diese Fortbildung ist durch die Akademie für Ärztliche Fortbildung mit der Nummer 27428 und max. 2 Punkten anerkannt.

Ihr Ergebnis

Sie haben _____ von 12 Fragen richtig beantwortet. Dies entspricht _____ Punkten

Hannover, den

Für die Teilnahme senden Sie den vollständig ausgefüllten Evaluationsbogen (bitte Rückseite beachten) und einen ausreichend frankierten und an Sie selbst adressierten Rückumschlag an:

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Hauptgeschäftsstelle, Dr. H. Neye, Berliner Allee 22, 30175 Hannover

E Didaktisch-methodische Evaluation

1) Durch den „Arzneimittelordner“ fühle ich mich über das jeweilige Thema ausreichend informiert.

stimme voll zu stimme zu unentschieden stimme nicht zu stimme gar nicht zu

2) Die angesprochenen Themen sind für meine tägliche Arbeit in der Praxis wichtig.

stimme voll zu stimme zu unentschieden stimme nicht zu stimme gar nicht zu

3) Die Beiträge sind verständlich geschrieben und übersichtlich aufbereitet.

stimme voll zu stimme zu unentschieden stimme nicht zu stimme gar nicht zu

4) Den „Arzneimittelordner“ empfehle ich an Kollegen weiter.

stimme voll zu stimme zu unentschieden stimme nicht zu stimme gar nicht zu

5) Die Fragen ließen sich aus dem Studium der einzelnen Beiträge allein beantworten.

stimme voll zu stimme zu unentschieden stimme nicht zu stimme gar nicht zu

6) Bei den Beiträgen sind die Verweise und Literaturangaben ausreichend.

stimme voll zu stimme zu unentschieden stimme nicht zu stimme gar nicht zu

7) An einer Fortsetzung des Arzneimittelordners bin ich interessiert.

stimme voll zu stimme zu unentschieden stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Für zukünftige Beiträge schlage ich folgende Themen vor:
